

Графічна реєстрація черевних рефлексів¹

Б. А. Пельц і А. І. Трещинський

Вивчення змін безумовних рефлексів при захворюваннях центральної нервової системи має велике діагностичне значення. Випадіння або асиметрія певних рефлексів можуть служити критерієм для встановлення топічного діагнозу.

Як відомо, черевні рефлекси тісно пов'язані з функцією кори головного мозку. Втрата цих рефлексів, на думку ряду авторів, є ознакою роз'єднання зв'язків кори з периферією (Аствацатуров, Красовський).

З урахуванням цих принципіальних положень ми вивчали черевні рефлекси при пухлинах головного мозку, виходячи з того, що порушення цих рефлексів матимуть діагностичне значення.

Вказівок про графічну реєстрацію черевних рефлексів ми в літературі не знайшли. Тому досі залишались невивченими латентний період, виснажуваність рефлексів, тривалість скорочення рухової реакції. Поряд з цими показниками ми вивчали асиметрію черевних рефлексів, яку часто під час звичайного клінічного обстеження хворого не визначають. На нашу думку, діагностичне значення асиметрії черевних рефлексів досить важливе, оскільки вона в поєднанні з іншими клінічними даними може вказувати на сторону ураження головного мозку, бо, як відомо, патологічні зміни черевних рефлексів є одним з проявів порушення функції пірамідного шляху.

Рухову реакцію, тобто переміщення черевної стінки і пупка в бік під час м'язового скорочення, ми вловлювали за допомогою датчика Сукачова, який дає можливість реєструвати найменші рухи черевної стінки аж до дихальних коливань і пульсації черевної аорти. Датчик Сукачова, трансформуючи механічні рухи в коливання електричного струму в системі зрівноваженого моста Уітстона, відбиває не тільки тривалість рухової реакції, але й амплітуду скорочення. Цей датчик одним кінцем прикріплювали липким пластирем до пупка досліджуваного, а другим — спеціальною ниткою до металевго стержня. Цей стержень фіксували до краю ліжка з таким розрахунком, щоб він був на рівні пупка. Черевні рефлекси викликали штриховим дозованим подразненням у відповідній рефлексогенній зоні. Подразнення наносили за допомогою спеціального приладу за зразком дермографа. Це давало можливість відмічати початок, тривалість, кінець подразнення, а також його силу. Остання в наших дослідженнях була в усіх випадках однаковою. Рухова реакція досліджуваного, відмітка тривалості його подразнення, трансформовані в коливання електричного струму, записувались на шлейфному осцилографі МВО-2. Запис досліджуваних рефлексів провадився по черзі з обох сторін. Подразнення наносили 10—15 разів з перервою на 1—1,5 сек. в рефлексогенній зоні верхнього, середнього і нижнього черевних рефлексів. Тривалість подразнення в середньому становила 0,3—0,45 сек.

Під час графічної реєстрації черевних рефлексів утворюється крива, при аналізі якої треба враховувати такі показники: 1) латентний період, 2) тривалість скорочення, 3) виснажуваність рефлексу, 4) висхідну і низхідну частини кривої.

Багаторазове викликання тих самих рефлексів давало можливість виявити ступінь їх виснажуваності, що разом з показником латентного періоду, тривалістю і ви-

сотою рефлексу було важливими факторами при діагностиці захворювань лініями головного мозку.

Реєстрація черевних рефлексів показала відсутність асиметрії показників кривих. Після повторних подразнень у здорових людей було виявлено будь-яких ознак виснаження черевних рефлексів. Латентний період цих рефлексів на початку подразнення, незалежно від сторони і рівня рефлексогенності, середній, нижній), в середньому коливався від 0,04 до 0,08 (крайні величини—0,03—0,1). Тривалість скорочення коливалася в досить широких межах від 0,3 до 0,7 сек. Висота рефлексів (амплітуда скорочення) при повторному збільшенні (що робилося для точнішого шифрування кривих) в середньому збільшувалася.

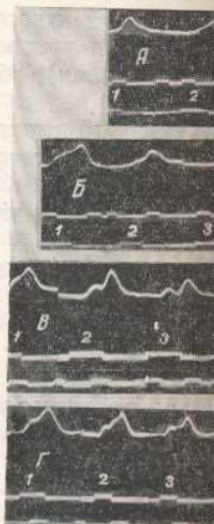


Рис. 2. Зміни верхнього черевного рефлексу при подразненні у хворого Г-ова з пухлиною.

Крива А — до операції. Виснажуваність рефлексу збільшилася після третього подразнення. Крива В — після операції. На протилежній локалізації пухлини виснажуваність рефлексу зменшилася після третього подразнення.

Крива Г — після операції. Показує зменшення висоти і тривалості рефлексу збільшенні амплітуди рефлексу. Крива Г — після операції. Показує зменшення висоти і тривалості рефлексу збільшенні амплітуди рефлексу.

¹ Доповідь на засіданні Київського товариства нейрохірургів 10.XII 1954 р.

сотою рефлексу було важливим критерієм для визначення асиметрій у хворих з пухлинами головного мозку.

Реєстрація черевних рефлексів у 10 практично здорових людей показала відсутність асиметрій цих рефлексів і майже повну тотожність показників кривих. Після 10—12 подразнень у здорових людей не було виявлено будь-яких ознак виснаження черевних рефлексів. Латентний період цих рефлексів від початку подразнення, незалежно від сторони і рівня рефлексу (верхній, середній, нижній), в середньому коливався від 0,04 до 0,08 сек. (крайні величини—0,03—0,1 сек.). Тривалість скорочення коливалась в досить широких межах—від 0,3 до 0,7 сек. Висота рефлексу (амплітуда скорочення) при п'ятиразовому збільшенні кривої (що робилось для точнішого розшифрування кривих) в середньо-

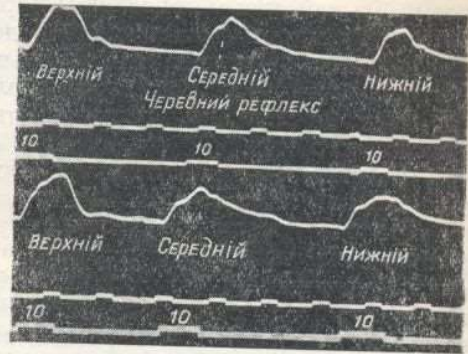


Рис. 1. Верхній, середній і нижній черевні рефлекси при першому і десятому подразненні. Нормальний тип кривої.

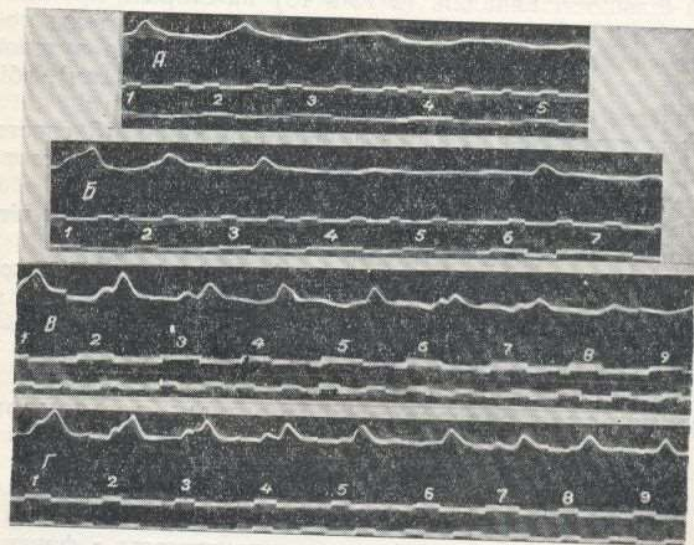


Рис. 2. Зміни верхнього черевного рефлексу при багаторазовому послідовному подразнюванні у хворого Г-ова з пухлиною головного мозку (менінгеома правої тім'яної долі).

Крива А—до операції. Виснаження верхнього черевного рефлексу на протилежній локалізації пухлинній стороні (лівій) настало після другого подразнення. Значно збільшений латентний період. Висота рефлексу, його тривалість значно зменшені. Крива Б—до операції. Виснаження рефлексу на стороні локалізації пухлини настало після третього подразнення. Латентний період збільшений, але менше, ніж на протилежній локалізації пухлини стороні. Висота і тривалість рефлексу менші, ніж у нормі, але більші, ніж на протилежній стороні. Крива В—після операції. На протилежній локалізації пухлини стороні виснаженість рефлексу зменшилась після сьомого подразнення. Латентний період зменшився, висота і тривалість рефлексу збільшились. Всі ці показники не досягли норми. Крива Г—після операції. Показники верхнього черевного рефлексу на стороні локалізації пухлини майже нормалізувались.